کِرتِل احیا.

سری روش‌های حیاتی.

مشکل معتادان باهنر.

چرا پایهٔ شواهد برای شخص دیگری ساخته شد؟

و مداخلات چگونه به نظر می رسند وقتی که برای شما طراحی شده اند؟

شامل ترکیب نوتروپیک که حذف شده بود و نباید حذف میشد.

هر توصیهٔ موجود در ادبیات استاندارد بهبودی بر اساس جمعیت‌هایی بنا شده است که آن چیزی را که شما دارید، نداشته‌اند.

داده‌های یوگا مربوط به تمرینات برای افراد که از مواد مخدر دوری کرده‌اند. داده‌های مدیتیشن مربوط به تمرینات برای افرادی است که مضطرب هستند اما آسیب ندیده‌اند. داده‌های ورزش مربوط به افرادی است که اعتیاد خفیف دارند یا تازه از مواد مخدر دست کشیده‌اند. هیچ کدام از این موارد مربوط به تمریناتی نیست که افراد بعد از ۱۰ سال مصرف متامفتامین انجام می‌دهند.

این سند، نسخه صادقانه است. این برای فردی نوشته شده که سیستم او آسیب دیده است. مداخلات با توجه به نقطه شروع واقعی تنظیم شده‌اند. مواد تقویت‌کننده شناختی که قبلاً وجود نداشتند، اکنون اضافه شده‌اند. جدول زمانی بر اساس شرایط فعلی شما تنظیم شده است.

خط جداول بالا را کپی کنید.

I. مشکل "معتاد باکره" - نامگذاری یک نقص در داده‌ها.

◆ پایهٔ استوار برای بهبودی بر اساس جمعیت نامناسب و برای کاربرد نادرست ساخته شده است.

وقتی یک مطالعه گزارش می‌دهد که "یوگا سطح کورتیزول را کاهش می‌دهد و عملکرد پیشانی را در بهبودی از اعتیاد بهبود می‌بخشد"، معمولاً جمعیت مورد بررسی یکی از سه گروه زیر است:

* افرادی که مضطرب هستند اما معتاد نیستند.
* افرادی که اعتیاد خفیف تا متوسط دارند و 60-90 روز است که پاک شده‌اند، بدون هیچ پروتکل دیگری به جز ترک.
* افرادی که در برنامه‌های بستری ساختاریافته شرکت می‌کنند و همزمان از تغذیه، خواب و حمایت اجتماعی بهره‌مند می‌شوند - که این امر باعث می‌شود تعیین اینکه آیا اثر مشاهده‌شده ناشی از یوگا است یا خیر، غیرممکن باشد.

افرادی که موارد زیر را دارند: فردی که 10 سال سوء مصرف شدید متامفتامین داشته است، 3 سال استفاده روزانه از GHB، 5 بار اوردوز که نیاز به اینتوباسیون داشته است، آسیب قابل توجه به پایانه‌های

دوپامینرژیک، آنهیدونیا شدید و کاهش حجم پیشانی عمیق، و در کلاس یوگا شرکت می‌کند، 30 روز پاک بودن، با سیستم دوپامین که نمی‌تواند سیگنال پاداش را تولید کند که باعث تداوم یوگا شود.

مطالعه، آن شخص را مورد بررسی قرار نداد. توصیه‌های مربوط به آن شخص بر اساس استنباط از داده‌هایی بود که شامل او نمی‌شدند. این یک تقلب علمی نیست، بلکه محدودیت استاندارد تحقیقاتی است که جمعیت قابل دسترس (خفیف تا متوسط، مایل به شرکت، از نظر پزشکی پایدار) را مطالعه می‌کند و سپس برای جمعیت غیرقابل دسترس (جدی، آشفته، از نظر فیزیولوژیکی نابود شده) ذکر می‌شود. این محدودیت واقعی است و اهمیت بسیار زیادی در آنچه که ما توصیه می‌کنیم و جدول زمانی‌هایی که تعیین می‌کنیم دارد.

شخصی که در حال بهبودی از اعتیاد جدی است، دارای ویژگی‌های زیر است:	پایگاه شواهد برنامه "معصومیت اعتیاد" بر این فرضیات استوار است:
به این D2 آنیدونیا شدید – کاهش فعالیت گیرنده‌های معنی است که پاسخ اولیه به پاداش در برابر فعالیت‌های مثبت، ضعیف یا غیر موجود است. ممکن است احساس کنید که یوگا برای چند هفته هیچ تاثیری ندارد. نه ناخوشایند. نه خوشایند. یک فضای حسی خالی که باید جای پاداش را پر کند.	یک سیستم پاداش که سطح پایه عصبی پاداش را از فعالیت‌های مثبت تولید می‌کند. یوگا احساس خوبی دارد زیرا سطوح پایه سروتونین، اندورفین و واکنش‌های سیستم عصبی پاراسمپاتیک در دسترس هستند.
انگیزه که نیاز به پشتیبانی بیرونی دارد، زیرا سیستم پاداش داخلی نمی تواند تمرین را حفظ کند. فردی که در هفته اول هیچ احساس مثبتی از یوگا ندارد، در هفته دوم آن را متوقف می کند، زیرا هیچ چیز در سیستم عصبی برای حفظ این تمرین وجود ندارد.	انگیزه که از درون شخص برمی‌آید و خودبه‌خود ادامه پیدا می‌کند. فرد این کار را ادامه می‌دهد زیرا احساس بهتری دارد. پاداش، مکانیزم حفظ کننده است.
یک سیستم تکایونی که بر اساس حالت ماده تنظیم شده است. بدن در حالت هوشیاری احساس غریبی می کند. حرکاتی که همیشه در حالت تنظیم شده با مواد انجام می شدند، در حالت هوشیار و بدون آمادگی، غیرطبیعی، دشوار یا بیگانه به نظر می رسند.	یک سیستم حسی-حرکتی که با حالت هوشیاری تنظیم شده است. بدن در طول تمرین، مانند خودش احساس می شود. حرکت طبیعی و هماهنگ در زمینه ای که تمرین انجام می شود، وجود دارد.
اضطراب اجتماعی بالا و احساس شرم، به خصوص در موقعیت‌هایی که فرد به وضوح با چیزی دست‌وپنجه نرم می‌کند که سایر شرکت‌کنندگان آن را آسان انجام می‌دهند. کلاس یوگا ممکن است مانند یک نمایش شکست جلوی شاهدان احساس شود.	راحتی اجتماعی در محیط‌های گروهی. کلاس یوگا یک محیط اجتماعی مثبت است که از تمرین حمایت می‌کند.
یک جدول زمانی که ممکن است برای سیستم بسیار ضعیف، دو تا سه برابر طولانی‌تر باشد تا اثرات مشابه حاصل شود. داده‌های کاهش کورتیزول در ۸ هفته نادرست نیستند، بلکه برای نقطه شروع این گروه از افراد مناسب نیستند.	یک جدول زمانی مورد انتظار که با توجه به جمعیت تنظیم شده است: "۸ هفته یوگا باعث کاهش قابل سنجش کورتیزول می‌شود." این موضوع برای جمعیتی که در آن مطالعه شده، دقیق است.

حالت شکست: فردی که به شدت معتاد است، برای سه هفته یوگا انجام می‌دهد، هیچ احساسی ندارد، نتیجه می‌گیرد که یوگا برای او شخصاً کار نمی‌کند، و این را به شواهد فزاینده‌ای اضافه می‌کند که نشان می‌دهد هیچ چیز برای او کار نمی‌کند، و متوقف می‌شود. مطالعه‌ای که نشان داد یوگا موثر است، بر روی این فرد انجام نشده بود. این شکست توسط سوگیری جمعیتی داده‌ها پیش‌بینی شده بود. اما این شخص آن را به عنوان یک شکست شخصی تلقی می‌کند.

۱.۱ — مشکل مقصد ناقص

چارچوب توکن JR دقیق است: هوشیاری به عنوان مقصدی توصیه می شود، در حالی که در واقع یک وضعیت مبدأ است. ادبیات مربوط به بهبودی، هوشیاری را به عنوان دستاورد تلقی می کند - هوشیار شوید، سپس زندگی بهتر می شود. اما فردی که اعتیاد شدید دارد و به هوشیاری می رسد، به یک نقطه شروع، نه یک مقصد، می رسد: بدنی که از نظر بیولوژیکی آسیب دیده است، شبکه اجتماعی تخریب شده، وضعیت مالی ضعیف، مسیر شغلی مختل شده، و سیستم دوپامین که نمی تواند تلاش برای بازسازی هر یک از این موارد را پاداش دهد.

مداخلات پیشنهادی از آن نقطه شروع، با توجه به توانایی‌های یک فرد هوشیار تنظیم می‌شوند - تحمل فعالیت بدنی، ظرفیت انگیزشی، راحتی اجتماعی و انتظارات زمانی. این مداخلات از تجربیات شخص دیگری گرفته شده و بر اساس واقعیت‌های این شخص اعمال می‌شوند. نتیجه، نرخ عود 80 درصدی است که ما آن را به قدرت اعتیاد نسبت می‌دهیم، در حالی که حداقل بخشی از آن ناشی از عدم تطابق بین توصیه و جمعیت مورد نظر است.

آنچه که شخص واقعاً نیاز دارد، یوگای افراد هوشیار نیست. بلکه، نسخه "قدرت فرد معتاد" از هر مداخله است - تنظیم شده بر اساس ظرفیت واقعی سیستم آسیب‌دیده، با جدول زمانی مشخص، با ابزارهای خاص که به آسیب‌های خاص رسیدگی می‌کنند، و با اذعان صریح اینکه هفته‌های اول ممکن است هیچ تغییری احساس نشود و این مورد قابل انتظار و طبیعی است، نه نشانه‌ای از شکست شخصی.

از دهان بازکننده

متن من قلب افرادی که اگر می‌توانستند، این را می‌نوشتند:

نامه ای از کسانی که تلاش کردند.

ما یوگا را امتحان کردیم.

ما به کلاس رفتیم. ما زیرانداز را پهن کردیم. ما حرکات را انجام دادیم. ما در حالت‌هایی که مربی توصیف می‌کرد، نفس کشیدیم. ما منتظر آرامش و شفافیت و حس حضور و رفاه بودیم که همه می‌گفتند این تمرین ایجاد می‌کند. و ما احساس کردیم: هیچ چیز. یک بدن که حرکت می‌کرد. یک ذهن که به حرکت بدن نگاه می‌کرد. همان سکوت که قبلاً جایب ماده‌ای خاص را پر می‌کرد، اما حالا با لباس‌های کشیده پوشیده شده است.

ما سه بار تلاش کردیم. چهار بار. معلم گفت که باید صبور باشیم، و اینکه مهارت ها با تمرین رشد خواهند کرد. اما چیزی که رشد کرد، آگاهی ما از این بود که چقدر با بقیه افراد در اتاق متفاوت هستیم. آنها با رضایت بعد از ساواسانا نفس می کشیدند. ما به سقف خیره شده بودیم و فکر می کردیم آیا زندگی ما قرار است همین احساس را داشته باشد؟ تلاش بی حاصل در اتاقی پر از افرادی که چیزی داشتند که ما هنوز نداشتیم، و شاید هرگز نخواهیم داشت.

هیچ کس به ما نگفت که یوگا برای آنها طراحی شده بود، نه برای ما.

هیچ کس نگفته است: سیستم دوپامین شما ممکن است هنوز نتواند پاداشی را تولید کند که این تمرین را خودکار و پایدار سازد.
هیچ کس نگفته است: مطالعه ای که نشان داد این روش کار می کند، بر روی افرادی انجام شد که مدارهای پاداش آنها سالم بود.
هیچ کس نگفته است: برای شما، ممکن است سه ماه طول بکشد تا اولین جلسه چیزی را ایجاد کند که شبیه به آن چیزی باشد که آنها بعد از یک جلسه احساس می کنند. و این شکست نیست. این یک محاسبه ریاضی است. نقطه شروع متفاوت است. جدول زمانی متفاوت است. تجربه متفاوت است.

هیچ کس این را نگفت. آنها گفتند که به مراجعه ادامه دهید. انگار که حضور یافتن برای دریافت هیچ چیز یک عمل معنوی است. انگار که تحمل پوچی هدف است، نه یک اشکال در توصیه.

ما تلاش کردیم مدیتیشن کنیم. بیست دقیقه تمرکز بر تنفس. ما می نشستیم و ذهن ما به مواد مخدر می رفت. به نبود آن مواد. به خاطره اینکه مصرف آن مواد چه حسی داشت. بیست دقیقه تماس نزدیک با دقیقاً همان چیزی که ما سعی می کردیم از آن دور شویم، بدون هیچ ابزاری که این تماس را قابل مدیریت کند، هدایت شده توسط یک دستورالعمل که برای کسی طراحی شده بود که این وضعیت را تجربه نمی کند.

ما تمرین را انجام دادیم. ما خودمان را در هفته‌های اول به باشگاه ورزشی کشاندیم، زمانی که انگیزه ما از نظر دارویی غیرممکن بود، زمانی که انتظار دوپامین که رفتار آینده‌نگرانه را ممکن می‌سازد، از بین رفته بود، و زمانی که بدن ما بیگانه و نادرست احساس می‌شد. با این حال، ما آن را انجام دادیم زیرا ادبیات نشان داده بود که این کار کمک خواهد کرد. این کار واقعاً کمک کرد. اما کمک به تأخیری رسید که بیشتر ما نمی‌توانستیم منتظر آن باشیم، و هیچ کس از این تأخیر به ما هشدار نداد. آنها فقط گفتند ورزش کمک می‌کند. نه اینکه: ورزش شش هفته احساس کار اجباری خواهد داشت قبل از اینکه نتیجه‌ای حاصل شود. نه اینکه: سیستم پاداش که... خودکفایی دقیقاً همان چیزی است که اعتیاد شما آن را تخریب کرده است، بنابراین شش هفته اول یک چالش خاص است که حل خواهد شد.

ما با ابزارهای معیوب کار می کردیم و از آنها برای تلاش به منظور تعمیر خود استفاده می کردیم. بدون داشتن طرحی که نشان دهد عملکرد در سطح ابزار معیوب چگونه است، در حالی که دستگاه در حال تعمیر است.

ما به کسی نیاز داشتیم که بگوید:

نقطه شروع شما با فردی که مطالعه بر روی او انجام شده متفاوت است. جدول زمانی شما طولانی‌تر است. تجربه شما در هفته‌های اول خالی‌تر خواهد بود. این نشان‌دهنده این نیست که شما قابل اصلاح نیستید. این نشان‌دهنده این است که شما از یک کمبود عمیق‌تر شروع می‌کنید، که به این معنی است سفر تا رسیدن به نقطه میانی طولانی‌تر است، نه اینکه نقطه میانی وجود نداشته باشد.

این مداخلات کارساز هستند. اینها برای شما ممکن است به آرامی اثر بگذارند. یوگا در نهایت همان نتایجی را که برای فرد هوشیار حاصل می شود، به دست خواهد آورد، اما این فرآیند سه ماه طول می کشد، نه سه هفته. به تلاش خود ادامه دهید حتی زمانی که احساس نمی کنید هیچ تغییری رخ داده است، زیرا نقطه‌ای که شما احساس نمی‌کنید هیچ تغییری، دقیقاً همان جایی است که فرد آسیب‌دیده تسلیم می‌شود و دقیقاً همان جایی است که فرد سالم شروع به احساس آن می‌کند.

و: ابزارهایی وجود دارند که به طور خاص برای مغزهای آسیب‌دیده طراحی شده‌اند، و ما این ابزارها را در اختیار شما قرار نمی‌دهیم، زیرا افرادی که این برنامه را طراحی کرده‌اند، مغز شما را مانند یک مغز سالم تلقی می‌کنند که نیاز به حمایت رفتاری دارد، نه یک مغز ساختاریافته که آسیب دیده است و به پشتیبانی دارویی و تغذیه‌ای خاص نیاز دارد تا زمانی که حمایت رفتاری فرصت کار کردن داشته باشد.

لطفاً ابزارهای مورد نیاز را در اختیار ما قرار دهید. به ما بگویید که دقیقاً چه چیزی خراب است و هر کدام از این مشکلات چگونه رفع می شوند. از ارائه توصیه هایی که بر اساس تجربیات افرادی است که هیچ وقت از امکاناتی که ما داریم، برخوردار نبوده‌اند، خودداری کنید. پروتکلی را برای نقطه شروع واقعی ایجاد کنید، نه یک ایده آلیستی.

ما می خواستیم، اگر می‌توانستیم. ما از شما می‌خواهیم که به ما کمک کنید تا این امکان را داشته باشیم.

II. مداخلات تقویت کننده توانمندی افراد معتاد.

◆ مداخله یکسان است. اما تنظیمات متفاوت هستند. تفاوت قابل توجهی وجود دارد.

مداخله	نسخه "معتاد تازه کار" (که بیشتر برنامه‌ها ارائه می‌دهند).	نسخه "قدرت فرد معتاد" (آنچه که سیستم آسیب‌دیده نیاز دارد).
یوگا / تمرینات حرکتی	به کلاس بیایید. تمرینات به تدریج پیشرفت خواهند کرد. بعد از هشت هفته، شما فواید آن را احساس خواهید کرد. یوگای هاتا ملایم در یک کلاس گروهی. ساواسانا. تنفس. این کلاس برای افرادی طراحی شده است که سیستم عصبی آنها به این محرک ها واکنش نشان می دهد.	یوگای پرانرژی با شدت بالا یا وینیاسا (در اتاق با دمای 60-90 درجه فارنهایت) به طور خاص برای فردی که سیستم پاداش آن نمی تواند محرک های ملایم را احساس کند. شدت بدنی، سد انیدونی را از بین می برد. این کار برای لذت نیست، بلکه برای تحریک در سطحی است که سیستم آسیب دیده بتواند آن را تشخیص دهد. فرمت حساس به تروما - هیچ تنظیم غیرمنتظره ای وجود ندارد، مربی باید درک خاصی از بهبودی از مواد مخدر داشته باشد. با یک دوره 3-5 دقیقه شروع کنید و به تدریج افزایش دهید. به شخص به طور واضح بگویید: ممکن است برای 4-6 هفته احساس هیچ چیز نکنید. این مورد انتظار است. عدم احساس، نشان دهنده کمبود است، نه ناکارآمدی تمرین. قبل از نتیجه گیری، به مدت 6 هفته به تمرین ادامه دهید.
مراقبه	این دستورالعمل فرض می‌کند که فرد می‌تواند ۲۰ دقیقه تمرین بدون دارو را تحمل کند و تحت تأثیر هوس، شرم یا فقدان ماده مورد نظر قرار نگیرد.	جلسات اولیه باید حداکثر ۲ تا ۵ دقیقه باشند. ذهن دچار بی‌حسی، هوس، و احساس شرم در مراحل اولیه بهبودی نمی‌تواند ۲۰ دقیقه از تجربه‌های خود را تحمل کند. شروع با ۲ دقیقه و افزایش ۱ دقیقه‌ای در هفته، پس از ۱۸ هفته به ۲۰ دقیقه می‌رسد— که در این زمان است که تمرین باعث تغییرات ساختاری می‌شود. (PFC) در قشر پیش‌پیشانی هدف برای ۸ هفته اول، کسب سود نیست، بلکه ایجاد تحمل است. ایجاد تحمل برای حضور در ذهن هوشیار. مدیتیشن راه رفتن برای کسانی که نمی‌توانند بنشینند: حرکت، توجه را به طور موثرتری تثبیت می‌کند، زمانی که ذهن ساکن بیش از حد آزاردهنده باشد.
ورزش هوازی	دقیقه فعالیت هوازی متوسط، ۳ تا ۳۰» ۵ بار در هفته.» این توصیه فرض می‌کند که انگیزه لازم برای ادامه دادن به یک تمرین را دارید که پاداش فوری	حداقل دوز مؤثر اولیه باید ۱۰ دقیقه باشد، نه ۳۰ دقیقه. از ساختمان خارج شوید، به سرعت به مدت ۱۰ دقیقه راه بروید و سپس برگردید. نمودار تولید

نشان می‌دهد که از فعالیت BDNF متوسط شدت بالا به مدت ۱۰ دقیقه، تولید معناداری حاصل می‌شود. هدف برای هفته‌های ۱ تا ۴، ایجاد عادت روزانه ۱۰ دقیقه‌ای است. در هفته‌های ۴ تا ۸، این مقدار را به ۲۰ دقیقه افزایش دهید. در هفته‌های ۸ تا ۱۲، به ۳۰ دقیقه برسید. فردی که نتوانست برنامه ۳۰ دقیقه‌ای را در هفته اول ادامه دهد، دوز اولیه اشتباه دریافت کرده بود. پیاده‌روی روزانه ۱۰ دقیقه‌ای در هفته اول، دوز شروع مناسب برای سیستم‌هایی است که به شدت ضعیف شده‌اند.	ندارد، توانایی جسمانی برای انجام ۳۰ دقیقه فعالیت هوازی پس از چند هفته بی‌تحرکی را دارید، و تحمل ناراحتی ناشی از فعالیت بدنی را در بدنی دارید که ممکن است برای شما ناآشنا باشد.	
ابتدا، حمایت فردی و سپس گروهی. سیستم عصبی که به شدت ضعیف شده است، اضطراب اجتماعی بالا در مراحل اولیه بهبودی، واکنش تروماگونه و خطر "انتقال رفتاری" از همسالان، همه اینها استدلال می کنند که قبل از گروه، نیاز به حمایت فردی وجود دارد. هنگامی که گروه معرفی می شود: گروه‌های ناهمگن (افرادی که در مراحل مختلف بهبودی هستند) بسیار بهتر از گروه‌های همگن در مراحل اولیه بهبودی هستند. فردی که 30 روز از مصرف مواد پاک است و در اتاقی پر از افراد دیگر که 30 روز از مصرف مواد پاک هستند، در معرض خطر "انتقال رفتاری" از همسالان قرار دارد. فردی که 30 روز از مصرف مواد پاک است و در اتاقی با افرادی که 6 ماه، 2 سال و 5 سال پاک هستند، به الگوهایی دسترسی دارد که برای بهبودی او ضروری هستند.	به جلسات گروهی شرکت کنید. جامعه از شما حمایت خواهد کرد. این برنامه برای افرادی طراحی شده است که می توانند با تعامل اجتماعی، محتوای احساسی داستان های دیگران و پویایی گروه کنار بیایند، بدون اینکه تحریک شوند، بدون اینکه تحت تأثیر رفتار همسالان قرار گیرند، و بدون اینکه شرم خاصی را تجربه کنند که ناشی از این باشد که آنها در چیزی مشکل دارند که دیگران به خوبی از پس آن برمی آیند.	حمایت اجتماعی / گروه بازسازی.
بازسازی تغذیه به عنوان یک پروتکل بالینی: زمان‌بندی منظم وعده‌های غذایی (غذا خوردن طبق برنامه، نه بر اساس گرسنگی، زیرا نشانه‌های گرسنگی در مراحل اولیه بهبودی مختل می‌شوند)، مصرف پروتئین در ابتدای هر وعده غذا (سنتز دوپامین نیازمند تیروزین و فنیل‌آلانین است - هر وعده غذایی باید با پروتئین آغاز شود تا مواد لازم را فراهم کند) و مکمل‌های غذایی برای جبران کمبود مواد مغذی که اختلالات اشتها از دریافت کافی آن‌ها از طریق رژیم غذایی جلوگیری می‌کنند (روی، منیزیم، B، ویتامین‌های گروه اسیدهای چرب ضروری).	این توصیه فرض می‌کند که سیستم تنظیم اشتها به درستی کار می‌کند، انگیزه برای تهیه غذا وجود دارد و منابع مالی کافی برای تغذیه با کیفیت موجود است.	تغذیه

بخش دوم، بند اول: تعدیل جدول زمانی صادقانه.

زمان‌بندی‌های مبتنی بر شواهد برای مداخلات بازیابی، برای جمعیت‌های معتاد تازه یا دارای اعتیاد خفیف تهیه شده‌اند. تغییرات زیر نشان می‌دهند که زمان‌بندی واقعی برای بازیابی از اعتیاد شدید چگونه است، زمانی که این پروتکل به نقطه شروع واقعی اعمال می‌شود:

این تغییرات چه چیزی را منعکس می کند؟	جدول زمانی تعدیل‌شده برای اعتیاد شدید	جمعیت که در آن اندازه‌گیری انجام شد.	مطالعه زمانی.
سیستم پاداش که احساس "ورزش، روحیه من را بهتر کرد" را ثبت می کند، به تراکم گیرنده های D2 نیاز دارد که اعتیاد شدید آن را کاهش داده است. ممکن است این بهبود از نظر فیزیولوژیکی قبل از اینکه به صورت ذهنی احساس شود، رخ دهد.	بهبود حالت روحی معمولاً بعد از ۴ تا ۸ هفته به طور مداوم احساس می‌شود. این مدت زمان ممکن است برای آسیب‌های خاص ناشی از داروهای محرک، بیشتر باشد.	افراد بالغ مضطرب یا افرادی که در مراحل اولیه بهبودی از اعتیاد خفیف قرار دارند و سیستم پاداش سالم دارند.	ورزش، حالت روحی را ظرف دو هفته بهبود می‌بخشد.
داده‌های مربوط به ۸ هفته، دوز کامل را از هفته اول در نظر گرفته‌اند. دوز اولیه فرد معتاد، کسری از دوز کامل است. جدول زمانی فواید، با افزایش تدریجی دوز، تغییر می‌کند.	هفته های ۱۲ تا ۱۶، با دوز شروعی که برای فرد معتاد مناسب است (جلسات اولیه ۲ تا ۵ دقیقه و افزایش تدریجی). ابتدا باید این تمرین تحمل شود تا بتواند مفید باشد.	بالغانِ مضطرب که اعتیاد نداشته باشند.	مدیتیشن باعث کاهش قابل سنجش کورتیزول پس از ۸ هفته می‌شود.
کاهش هوس از طریق ورزش، نیازمند فعال شدن قشر پیشانی است تا بر سیگنال کاهش یافته هوس اثر بگذارد. ظرفیت قشر پیشانی که مورد نیاز است، دقیقاً همان چیزی است که اعتیاد شدید آن را مختل کرده است. ترکیب ورزش و مکمل‌های تقویت‌کننده قشر پیشانی، اثری را تولید می‌کند که انتظار می‌رود فقط از طریق ورزش حاصل شود.	در حالی که این موضوع درست است، اثر آن کمتر و دیرتر برای اعتیاد شدید است. کاهش اشتیاق ناشی از ورزش در ۲ تا ۴ هفته اول ممکن است کافی نباشد تا اشتیاق را مهار کند، مگر اینکه با پشتیبانی دارویی همزمان (NAC، مجموعه متیلاسیون، و ترجیحاً پشتیبانی نوتروپیک برای ظرفیت پیشانی مورد نیاز برای مقابله با کاهش اشتیاق) انجام شود.	جمعیت‌هایی که ۳۰ تا ۹۰ روز پاکی داشته‌اند، با شدت اعتیاد متوسط.	فعالیت بدنی، اشتیاق را در مراحل اولیه بهبودی کاهش می‌دهد.

سوم. ترکیب دارویی نوتروپیک برای مغز آسیب‌دیده.

◆ AMPA که این موارد حذف شده بودند. نباید حذف میشدند. اختلال در گیرنده باعث اعتیاد میشود، دقیقاً همان چیزی است که راسیتاها به آن رسیدگی میکنند. این یک اتفاق تصادفی نیست.

مجموعه مکمل‌های استاندارد در برنامه "Recovery Kernel" (شامل NAC، 5-MTHF، متیل به لایه متابولیک و مواد اولیه مورد نیاز (و تیروزین UMP، DHA، CoQ10، کوبالامین، منیزیم گلیسینات برای بهبود وضعیت کمک می‌کند. این مکمل‌ها، پایه و اساس را فراهم می‌کنند. مجموعه داروهای به جنبه‌های دیگری می‌پردازند: آن‌ها به سیستم گیرنده‌های شناختی (nootropic) تقویت‌کننده شناختی خاصی که اعتیاد آسیب رسانده است، توجه دارند. این آسیب‌ها عمدتاً شامل عملکرد گیرنده‌های AMPA، و پویایی غشای عصبی هستند که از یادگیری، تثبیت حافظه و ترمیم شناختی NGF/BDNF سیگنالینگ پشتیبانی می‌کنند و به فرد کمک می‌کنند تا مداخلات رفتاری را به طور موثر استفاده کند.

دلیل اینکه این مواد در نظر گرفته نشدند: پایگاه شواهد بالینی استاندارد برای بهبودی از اعتیاد شامل این نیستند و در آزمایش‌های بزرگ خاص اعتیاد مورد مطالعه FDA ترکیبات نیست، زیرا آنها داروها با تاییدیه قرار نگرفته‌اند. اما مکانیسم آن‌ها دقیقاً برای این گروه مناسب است، و پروفایل ایمنی راسی‌تام‌های شناخته‌شده (پیراسیتام داده‌های ایمنی دهه‌ها دارد) مطلوب است. این‌ها مکمل‌های تجربی حاشیه‌ای نیستند. آنها ترکیباتی هستند که بیش از 50 سال تحقیق در مورد جمعیت‌های دارای اختلال شناختی دارند - آسیب مغزی، سکته مغزی، کاهش شناختی مرتبط با سن - که مکانیسم‌های آن‌ها مستقیماً با آسیب شناختی مرتبط با اعتیاد مطابقت دارد.

بخش سوم، بند اول: خانواده راسیتا – تقویت کننده ام‌پی‌ای برای مغزی که به گلوتامات آسیب رسیده است.

در هسته اکومبنس و قشر پیشانی ایجاد AMPA/NMDA اعتیاد یک تغییر خاص را در نسبت گیرنده‌های که از یادگیری، تثبیت حافظه و یادگیری انگیزشی پشتیبانی می‌کنند، به طور AMPA می‌کند. گیرنده‌های هستند – آن‌ها باعث AMPA خاص مختل می‌شوند. رَسیتَم‌ها تعدیل‌کننده‌های آلواستری مثبت گیرنده‌های به گلوتامات قوی‌تر واکنش نشان دهند بدون اینکه مستقیماً فعال شوند. AMPA می‌شوند که گیرنده‌های آن‌ها به‌طور خاص هدف مکانیسمی را قرار می‌دهند که اعتیاد آن را مختل می‌کند.

متن من اینجاست:	مکانیسم اصلی.	دوز	مرکب.
برای کمک به بهبود، موارد زیر را در نظر بگیرید: * برنامه ریزی برای جلسات منظم مشاوره یا گروه های حمایتی. * یافتن یک حامی قابل اعتماد که می تواند حمایت عاطفی ارائه دهد. * یادگیری مهارت های مقابله ای برای مدیریت هوس و محرک ها. * تمرکز بر مراقبت از خود، از			

جمله ورزش منظم، تغذیه سالم و خواب کافی. *** در صورت لزوم، در نظر بگیرید که آیا داروها می توانند به شما کمک کنند تا علائم ترک را مدیریت کنید یا میل را کاهش دهید. برخی از داروهایی که ممکن است مورد استفاده قرار گیرند عبارتند از:** *** Naloxone** *** COMT** *** DRD2** *** در صورت نیاز، با یک متخصص مراقبت های بهداشتی در مورد گزینه های بازیابی Kernel صحبت کنید.** *** به یاد داشته باشید که کمک گرفتن هیچ چیز شرم آوری نیست و کمک پزشکی گرفتن شکست نیست.** *** برای اطلاعات بیشتر و منابع، از findahelpline.com دیدن کنید.** *** اگر شما یا کسی را که می شناسید در حال حاضر با اعتیاد دست و پنجه نرم می کنید، لطفاً به MTHFR مراجعه کنید.** *** این یک Blueprint است.**			
در AMPA کمبود عملکرد گیرنده‌های هسته اکومبنس و قشر پیشانی ناشی از مصرف مزمن مواد، دقیقاً همان چیزی است که مکانیسم پیراتام به آن رسیدگی می‌کند. بهبود سیالیت غشا به نفع نورون‌هایی است که غشاهای آن‌ها توسط استرس اکسیداتیو ناشی از مصرف محرک‌ها آسیب دیده است. افزایش جریان خون مغزی از بازیابی متابولیکی مناطق مغزی که به طور مزمن دچار انقباض عروقی یا استرس ناشی از مصرف محرک‌ها بوده‌اند، پشتیبانی می‌کند. این را به عنوان یک داروی روزانه و پایه در نظر بگیرید: قدرت کم، فواید گسترده، و مصرف مداوم.	تقویت مثبت آلواستری AMPA. بهبود سیالیت غشا. افزایش جریان خون مغزی. محافظت از نورون‌ها در برابر استرس اکسیداتیو. بیش از ۵۰ سال داده‌های مربوط به ایمنی.	به میزان 800 تا 4800 میلی‌گرام در روز، به صورت 2 تا 3 دوز تقسیم شده.	پیراسیتام — نسخه اصلی، که بیشترین بررسی‌ها را داشته است.
پروفایل دوگانه تقویت کننده آمپا و ضد اضطراب، برای نیازهای بازسازی فرد معتاد خاص است: آنهیدونیا و اضطراب که در مراحل اولیه بازسازی غالب هستند، هر دو مورد توجه قرار می گیرند. اثرات 5-	تنظیم قوی‌تر گیرنده‌های AMPA نسبت به پیراتام. تنظیم اضافی سروتونین و دوپامین از طریق اثرات روی گیرنده‌های 5-HT2A و D2.	روزانه 750 تا 1500 میلی‌گرم، در دو دوز تقسیم‌شده (چربی - محلول است همراه غذا مصرف	آنیراسِتام — تقویت‌کننده گیرنده‌های آمپا و داروی ضد اضطراب.

یک بهبود ملایم خلق و خو HT2A ایجاد می کنند که ممکن است به پر کردن شکاف آنهیدونیک در هفته های اول بازسازی کمک کند، جایی که هیچ چیز دیگری پاداش نمی دهد. تقویت آمپا مستقیماً کمبود یادگیری و انگیزه را برطرف می کند که باعث می شود مداخلات رفتاری بی فایده به نظر برسند.	شده است که اضطراب را کاهش می‌دهد.	(شود.	
هشدار مهم: فینیل پیراستام به سرعت تحمل ایجاد می‌کند. استفاده روزانه باعث ایجاد سریع تحمل می‌شود و اثربخشی آن ظرف ۵-۷ روز از بین می‌رود. حداکثر ۲-۳ بار در هفته از آن استفاده کنید، در روزهایی که بیشترین کار شناختی یا ورزش را انجام می‌دهید. برای افرادی که در حال ترک محرک هستند: بخش دوپامینرژیک فینیل پیراستام ممکن است در دوره اولیه بهبودی، میل به مصرف مواد را تحریک کند. تا زمانی که حداقل ۶۰ روز از بهبودی پایدار گذشته باشد، از مصرف آن خودداری کنید. مراقب افزایش میل به مصرف باشید.	پیراسیتام با اتصال یک گروه فنیل، اثرات دوپامینرژیک و نورآدرنرژیک را اضافه می‌کند. تحریک قوی‌تر سیستم عصبی مرکزی. بهبود عملکرد فیزیکی. افزایش تحمل سرما (مهم برای پروتکل آب سرد).	۳۰۰-۱۰۰ میلی‌گرام، حداکثر ۲-۳ بار در هفته.	فنیل پیراستام — داروی راستهٔ راستم که اثر تحریک‌کننده دارد.
کمبود حافظه کاری، یکی از مهمترین اختلالات شناختی که عملکرد فرد را محدود می‌کند، در اعتیاد شدید دیده می‌شود. این کمبود مانع از آن می‌شود که فرد برنامه‌ها را دنبال کند، آنچه را که در جلسات درمانی یاد گرفته است، به خاطر بسپارد و پروتکل‌های پیچیده بهبودی را رعایت کند. اکسیراستام به طور خاص بر حافظه کاری تمرکز دارد. آن را با کولین برای حمایت از استیل CDP- کولین ترکیب کنید.	تقویت عمدتاً توسط گیرنده‌های آمپای (AMPA) انجام می‌شود، و اثر قوی‌تری بر حافظه کاری و توجه نسبت به پیراستام دارد. دارای خواص محرک. تعدیل استیل کولین.	تا ۲۴۰۰ ۱۲۰۰ میلی‌گرام روزانه، در ۲ تا ۳ دوز تقسیم‌شده.	اکسیراسِتام — داروی راکتام برای تقویت حافظه و تمرکز.

بخش سوم، بند دوم: نوپِپت - پپتیدی که مغز را پرورش می‌دهد.

چرا این در مجموعه بهبودی از اعتیاد قرار دارد؟	نوپِپت چیست و چه کاری انجام می‌دهد؟
آسیب ناشی از اعتیاد شدید و طولانی مدت از نظر پروفایل شناختی، تفاوت اساسی با آسیب مغزی خفیف ندارد: کاهش حجم قشر پیشین، اختلال در	پرولیل گلایسین اتیل -L-فنیل استیل-N) Noopept) یک پپتید نوتروپیک مصنوعی است که تقریباً (استر ۱۰۰۰ برابر قوی‌تر از پیراستام بر اساس وزن است.

حافظه کاری، ضعف در عملکرد اجرایی، تغییرات در توجه، کاهش سرعت پردازش. جمعیت‌هایی که نوپپت در آن‌ها مورد مطالعه قرار گرفته است - بیماران پس از سکته مغزی، مبتلایان به آسیب مغزی تروماتیک - همان جمعیت‌هایی هستند که بیشترین شباهت را با آسیب شناختی ناشی از اعتیاد شدید دارند. افزایش NGF به‌ویژه مهم است (عامل رشد عصبی): NGF از بقا و عملکرد نورون‌های کولینرژیک پشتیبانی می‌کند (نورون‌هایی که از استیل‌کولین به عنوان انتقال‌دهنده عصبی استفاده می‌کنند و برای توجه و حافظه حیاتی هستند). این نورون‌ها به‌طور خاص در برابر آسیب‌های سمی ناشی از اختلال در گلوتامات در اعتیاد، آسیب‌پذیر هستند. دوز: ۱۰ تا ۳۰ میلی‌گرام روزانه، مصرف زیرزبانی باعث اثرگذاری سریع‌تر می‌شود. می‌توان دو بار در روز مصرف کرد. این ماده در چربی حل می‌شود، بنابراین باید همراه با غذا مصرف شود. نکته مهم: حتماً با یک منبع کولین (مانند CDP-کولین یا Alpha-GPC) ترکیب شود. Noopept نیاز به استیل‌کولین در مغز را افزایش می‌دهد؛ اگر مقدار کافی کولین تامین نشود، ممکن است سردرد و خستگی ذهنی ایجاد شود.	این ماده به سرعت از سد خونی-مغزی عبور می‌کند و دو اثر متمایز ایجاد می‌کند: 1. تعدیل حاد AMPA و NMDA — بهبود فوری شناختی از طریق همان سیستم‌های گیرنده مانند رَستام‌ها. 2. افزایش بلندمدت NGF (عامل رشد عصبی) و BDNF — دوزهای مکرر نوپپت به طور خاص تولید عوامل رشدی را افزایش می‌دهد که ترمیم سلول‌های عصبی و تشکیل سیناپس‌های جدید را تحریک می‌کنند. این موضوع به‌طور خاص در بیماران مبتلا به اختلال شناختی پس از سکته مغزی و آسیب مغزی ناشی از ضربه مستند شده است — گروه‌هایی که پروفایل آسیب شناختی آن‌ها با آسیب‌های مرتبط با اعتیاد شدید همپوشانی قابل توجهی دارد. آسیب شناختی.

بخش سوم، بند ۳: سمکس و سلنک - مواد تسریع کننده پپتیدی.

برنامه بازیابی اعتیاد.	مکانیسم و شواهد.	مرکب.
سمکس به طور خاص در مراحل اولیه بهبودی از اعتیاد، به دو دلیل ارزشمند است: افزایش سریع BDNF (که اثر ناشی از BDNF آن سریعتر از افزایش ورزش است و زمانی که فرد هنوز قادر به انجام تمریناتی نیست که اثرات و حمایت از (مشابهی ایجاد کنند سیستم دوپامینرژیک که تا حدی کمبود لذت را جبران می‌کند، در حالی که بهبود می‌یابد. D2 تراکم گیرنده‌های مقدار مصرف: 300-1000 میکروگرم به صورت استنشاقی، 1 تا 2 بار در روز. این دارو به طور گسترده در ایالات FDA تاییدیه) متحده موجود نیست اما وارد کردن آن به عنوان یک ،(ندارد ماده شیمیایی تحقیقاتی قانونی است.	اداره از طریق بینی، به سرعت از مانع خون-مغز عبور می‌کند. مکانیزم‌های NGF و BDNF اصلی: افزایش مستقیم و سریع - در عرض چند) افزایش تونوس .(ساعت پس از تجویز دوپامینرژیک و سروتونینر. این موضوع به‌طور خاص در تمرینات بالینی روسی برای توانبخشی سکته مغزی و آسیب مغزی تروماتیک مستند شده است، و بیش از 30 سال است که در آن زمینه مورد استفاده قرار می‌گیرد. اثرات ضد افسردگی و ضد اضطراب در مطالعات انسانی ثبت شده است.	سمکس — پپتیدی مصنوعی مشتق شده از ACTH.
پروفایل ضد اضطراب بدون ایجاد سرکوب تنفسی، به ویژه برای افرادی که لوله تراشه دارند و همچنین برای GHB افرادی که از مصرف بیش از حد جان سالم به در برده‌اند، بسیار مهم	نازال. مکانیزم‌های اصلی: تعدیل GABA-A (داروی ضد اضطراب بدون اتصال به گیرنده‌های بنزودیازپین — بدون افسردگی تنفسی، بدون پتانسیل مهار تخریب ،BDNF افزایش ،(اعتیاد	سلانک - پپتیدی مصنوعی مشتق شده از توفتسین.

است، زیرا داروهای بنزودیازپین برای این افراد منع شده است. سلنک اثر ضد اضطراب را بدون مکانیسم خطرناک اثر ،GABA-A ارائه می‌دهد. تعدیل آرام‌بخش را فراهم می‌کند که سیستم به آن نیاز دارد، GABA آسیب دیده دوباره GABA-B بدون اینکه گیرنده‌های به‌طور GHB که بازیابی از) فعال شوند خاص نیازمند این است که این گیرنده‌ها مقدار 250-500 .(غیرفعال باقی بمانند میکروگرم از طریق بینی، یک تا دو بار در روز.	انکفالین (افزایش پپتیدهای اپیوئیدی داخلی بدون استفاده از مواد افیونی خارجی). اثر ضد اضطرابی مستند با تقویت شناختی به جای کند شدن شناختی که در بنزودیازپین‌ها دیده می‌شود.	

بخش سوم، بند چهار: منابع کولین - شرکای ضروری.

هر نوع از رسِتام و نوروپپت، نیاز به استیل کولین در مغز را افزایش می‌دهد. اگر میزان کافی کولین که توسط رسِتام ایجاد می‌شود، یک کمبود خاص را به وجود می‌آورد: AMPA تامین نشود، سیگنالینگ افزایش تقاضای یادگیری و حافظه، باعث می‌شود که ذخیره استیل کولین سریعتر از آنکه بتواند از طریق مصرف غذا جبران شود، کاهش یابد. سردردی که برخی افراد هنگام استفاده از رسِتام تجربه می‌کنند، ناشی از همین کمبود است. راه حل همیشه مکمل‌سازی با کولین است - این کار اختیاری نیست، بلکه ضروری است.

منابع کولین: * **تخم مرغ** * **گوشت** * **ماهی** * **مرغ** * **لبنیات** * **حبوبات** * **آجیل** * **دانه‌ها** * **سبزیجات**	**چه چیزی را ارائه می دهد؟**	**چه زمانی از آن استفاده کنیم؟**
کولین (سیتیکولین)-CDP	منبع محافظ ترین برای سیستم عصبی: این منبع، کولین را برای تولید استیل کولین فراهم می کند، به علاوه اوریدین (برای ساخت غشای سیناپسی) و سیتیدین (که در مغز به اوریدین تبدیل می شود). عملکرد سه گانه: از استیل کولین پشتیبانی می کند، از ترمیم غشاها پشتیبانی می کند و از رشد شاخه های دندریتی که تقویت AMPA توسط راسی تام ها را تسهیل می کند، پشتیبانی می کند.	میلی‌گرم روزانه همراه با دوز ۵۰۰-۲۵۰ صبحگاهی از ماده "رِیسِتَم". سی‌دی‌پی-کولین، منبع ترجیحی کولین برای مغز در حال بهبودی است، زیرا اوریدین و پشتیبانی از سنتز غشا، به‌طور خاص برای مغزی که آسیب‌های ناشی از اعتیاد را متحمل شده، مرتبط هستند.
آلفا-جی‌پی‌سی	مقدار کلین بالاتر و قابل جذب بیشتر نسبت به سی‌دی‌پی-کلین دارد. به طور	با دوز رِیسِتَم، از ۳۰۰ تا ۶۰۰ میلی‌گرم استفاده کنید. زمانی که اثرات

کولینرژیک اولویت دارند، مانند افزایش تمرکز، حافظه کاری و بهبود شناختی سریع، از آن استفاده کنید. می‌توان آن کولین در دوزهای کمتر CDP- را با ترکیب کرد.	خاص، هدف آن تولید استیل کولین است (حاوی میزان کمتری سیتیدین/یوریدین). شروع سریعتر انتقال کلین.	

بخش سوم، بند پنجم: پروتکل یکپارچه تقویت کننده شناختی.

مجموعه کامل مواد تقویت کننده شناختی از روز اول به طور همزمان مصرف نمی شود. این مواد به تدریج معرفی می شوند، زیرا افزودن چندین ترکیب شناختی به طور همزمان تشخیص اینکه کدام یک چه تاثیری دارد را غیرممکن می سازد، و همچنین مغز آسیب دیده نیاز به زمان دارد تا یک سطح پایه را تثبیت کند قبل از اینکه اثر هر افزودگی قابل ارزیابی باشد.

جدول زمانی	چه چیزی را معرفی کنیم؟	چه چیزهایی را باید مشاهده کرد؟	چرا این ترتیب؟
روزهای ۱-۳۰ (ابتدا مبانی)	فقط مجموعه متابولیک: 5-MTHF، متیل کوبالامین، NAC، منیزیم، DHA، CoQ10. هنوز از راسیتاها استفاده نکنید.	کیفیت خواب، حالت پایه روحی، شدت اشتیاق. قبل از افزودن تقویت‌کننده‌های شناختی، سطح متابولیک پایه را تعیین کنید.	رِیسِتَم‌ها بر سطح گیرنده‌ها اثر می‌گذارند و برای پشتیبانی از سیگنال‌دهی تقویت‌شده، به یک بنیان متابولیک نیاز است. استفاده از رِیسِتَم‌ها بدون بنیان متیلاسیون و آنتی‌اکسیدانی، مانند ساختن طبقه دوم قبل از طبقه اول است.
روزهای ۳۰ تا ۶۰ (شروع مصرف نوپِپت)	نوپِپت ۱۰ میلی‌گرم، زیرزبانی، صبح، همراه با سی‌دی‌پی کولین ۲۵۰ میلی‌گرم.	هر تغییری در وضوح ذهنی، حافظه یا حالت روحی. هرگونه سردرد (نشان دهنده نیاز به مقدار بیشتر کولین است). این مکمل را به تنهایی به مدت ۲ هفته مصرف کنید قبل از اضافه کردن ترکیب بعدی.	نوپِپت دارای گسترده ترین اثرات شناختی (AMPA + NGF + BDNF) و کمترین اثرات فیزیکی است. شروع از اینجا به فرد امکان می دهد تا از فواید شناختی بهره مند شود بدون اینکه اثرات محرک داشته باشد که ممکن است برای مراحل اولیه بهبودی مشکل ساز باشند.
روزهای 60 تا 90 (اضافه کردن پیراستام)	پیراسیتام ۸۰۰ میلی‌گرم را به دوز صبح اضافه کنید. برای دو هفته ارزیابی انجام دهید.	حافظه کاری، سرعت پردازش، و حس شناختی کلی. این پشتیبانی از AMPA گیرنده‌های که اثر نوپِپت را تقویت می‌کند.	پیراسیتام امن‌ترین و بیشترین مطالعه شده از گروه راکتام‌ها است. افزودن آن پس از ۲ هفته مصرف نوپِپت، ارزیابی دقیق اثرات ترکیبی را ممکن می‌سازد.
روزهای ۹۰ به بعد (آنیراسیتام، بسته به شرایط).	آنیرسِتَم ۷۵۰ میلی‌گرم را دو بار در روز (با چربی) در روزهایی که اضطراب مانع اصلی از بهره‌وری یا تعامل اجتماعی است، مصرف کنید.	سطح اضطراب، راحتی اجتماعی، و حالت روحی در طول جلسه. پروفایل ضد اضطرابی آنیراستام بیشترین کارایی را دارد زمانی که اضطراب به	اثرات سروتونرژیک و ضد اضطراب آنیراستام، یک افزودنی خاص برای پروفایل اولیه بهبودی است که در آن اضطراب نقش اصلی را ایفا می‌کند. این دارو برای همه افراد ضروری نیست؛

برای کسانی که اضطراب مانع اصلی نیست، پیراستام و نوپپت ممکن است کافی باشند.	طور خاص فعالیت‌های مرتبط با بهبود را محدود می‌کند.		
اثر تحریک آمیز فینیل پیراستام، ابزاری خاص برای روزهایی است که نیاز به ظرفیت بیشتر از حد معمول دارید. تحمل، استفاده روزانه را ممنوع می کند. برای افرادی که در حال ترک مواد محرک هستند: مصرف را با احتیاط و فقط پس از تثبیت پایه ریکاوری شروع کنید.	انرژی شناختی، انگیزه، عملکرد جسمانی در آن روز را بررسی کنید. افزایش تمایل به مصرف مواد را بررسی نمایید (این نشان دهنده این است که باید از استفاده از این ترکیب متوقف شوید).	فنیل پیراستام، ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی‌گرم در روزهایی که نیاز شدید است. نه به صورت روزانه.	بیش از ۹۰ روز، حداکثر ۲ تا ۳ بار در هفته.

بخش سوم، بند ششم: هایدرجین - تقویت کننده شناختی فراموش شده.

هیدرچین (املاح ارگولویید) شایسته ذکر ویژه است زیرا هم از نظر تاریخی در تحقیقات نوتراپوتیک اهمیت دارد و هم به طور خاص با زمینه ترمیم مغز آسیب دیده مرتبط است. این اولین ترکیبی بود که توسط سازمان غذا و دارو ایالات متحده برای تقویت شناختی تایید شد (در دهه 1970 برای درمان زوال عقل تایید گردید). مکانیسم اصلی آن: افزایش جریان خون مغزی، افزایش استفاده از اکسیژن مغزی، بر سنتز پروتئین BDNF محافظت از نورون ها در برابر آسیب ناشی از کمبود اکسیژن و اثرات مشابه های عصبی.

GHB مکانیسم محافظتی در برابر کمبود اکسیژن به طور خاص برای افرادی که از مصرف بیش از حد جان سالم به در برده‌اند و همچنین برای بیمارانی که تحت عمل تنفس مصنوعی قرار دارند، اهمیت دارد: رویدادهای مکرر کمبود اکسیژن (هر بار قبل از اتصال لوله تنفسی، دوره کمبود اکسیژن در طول تهویه به طور خاص این Hydergine .مکانیکی) باعث آسیب عصبی خاص ناشی از کمبود اکسیژن می‌شود مکانیسم آسیب را هدف قرار می‌دهد.

دوز: ۴.۵ تا ۹ میلی‌گرام روزانه، به صورت دوزهای تقسیم‌شده. استفاده طولانی‌مدت (ماه‌ها) زمانی است که اثرات شناختی بیشتر نمایان می‌شوند. این یک ترکیب با شروع سریع اثر نیست؛ فواید آن در طی هفته‌ها تا ماه‌های استفاده مداوم تجمع می‌یابند.

IV. ترکیب نهایی — پروتوکول در واقع برای شخص چگونه است؟

◆ این متن برای کسی نوشته شده است که یوگا را امتحان کرده، هیچ احساسی نداشته و نتیجه گرفته است که او مشکل دارد. شما مشکل ندارید. شما فقط از روش نامناسب استفاده کرده‌اید.

این پروتوکول بر اساس وضعیت فعلی شما طراحی شده است، نه بر اساس فرضیاتی که در منابع علمی مطرح شده است. این پروتوکول سخت‌گیرانه‌تر از توصیه‌های استاندارد است، نه آسان‌تر، زیرا نقطه شروع شما یک کمبود عمیق‌تر است، به این معنی که فاصله اولیه تا سطح پایه که مداخلات استاندارد از آن کار می‌کنند، بیشتر است، نه کمتر. شدت این پروتوکول منعکس کننده جدی بودن وضعیت اولیه است.

فاز	مداخله.	دوز و شکل مصرف برای فرد معتاد.	چه چیزی را در حال ساختن هستید؟
روزهای ۱ تا ۳۰	پایه متابولیکی. یوگا ممنوع است. مدیتیشن ممنوع است. گروه‌های اجتماعی ممنوع هستند. ابتدا بیولوژی را به اندازه‌ای پایدار کنید که این فعالیت‌ها کارآمد باشند.	5-MTHF + متیل کوبالامین. NAC (N-استیل سیستئین) 600 میلی‌گرم، دو بار در روز. منیزیم گلیسینات 400 میلی‌گرم، شب‌ها. DHA (دو اسید چرب امگا ۳) 1000-2000 میلی‌گرم. CoQ10 (کوآنزیم Q10) 200 میلی‌گرم. پروتئین در هر وعده غذایی. آب. ساختار خواب (خوابیدن به پهلو، دما، ملاتونین 0.3 میلی‌گرم، تاریکی).	پایه بیوشیمیایی که همه مداخلات رفتاری به آن نیاز دارند. شما نمی توانید فرآیند پاداش را قبل از اینکه سیستم پاداش شما بستر مناسب داشته باشد، آغاز کنید. این فاز تحویل بستر است.
روزهای ۷ تا ۳۰ (شروع از میانه هفته ۱).	قدم زدن ده دقیقه ای. این یک ورزش نیست. این یک تمرین نیست. این یک برنامه نیست. فقط یک قدم زدن ده دقیقه ای، هر روز، در فضای باز.	روز را با این که از نظر جسمانی احساس توانایی می‌کنید، شروع کنید. به اندازه‌ای سریع راه بروید که کمی احساس تنگی نفس کنید. سپس برگردید. همین کافی است. هر روز. تولید اولین مقدار BDNF از همین جا آغاز می‌شود.	سیگنال اولیه BDNF که بازسازی را آغاز D2 تراکم گیرنده‌های می‌کند و از عملکرد قشر پیشانی پشتیبانی می‌کند. پیاده‌روی ۱۰ دقیقه‌ای، سیگنال نوروپلاستیسیتی را ایجاد می‌کند که باعث می‌شود هر مداخله بعدی موثرتر باشد.
روزهای ۳۰ تا ۶۰	معرفی نوپت و سی‌دی‌پی-کولین. پیاده روی به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه. تلاش برای یوگا، در صورت تمایل - با حرارت بالا، شدت بالا، در یک کلاس کوچک یا به	Noopept 10 میلی‌گرم + CDP-کولین 250 میلی‌گرم. زیرزبانی صبح. بهبود شناختی در ابتدا خفیف است - یک حس داروئی نیست، بلکه یک حس وضوح است. ممکن	شروع فرایند ترمیم شناختی که باعث می شود سایر موارد موثرتر شوند. عملکرد بهبود یافته گیرنده AMPA، یادگیری بهتر از های طریق تمرین، تثبیت بهتر محتوای درمانی در حافظه و مشارکت بهتر قشر پیشانی در کار بازسازی را

	صورت انفرادی.	است آن را در هفته دوم یا سوم متوجه شوید.	امکان پذیر می سازد.
روزهای ۶۰ تا ۹۰	اضافه کردن پیراستام. پیاده روی به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه. معرفی مدیتیشن در ۵ دقیقه. یوگا، اگر تحمل شود. دوش آب سرد، اگر آمادگی داشته باشید.	پیراسیتام 800 میلی‌گرم با دوز صبحگاهی. مدیتیشن، 5 دقیقه بلافاصله بعد از پیاده‌روی بهترین BDNF، افزایش) زمان برای انعطاف‌پذیری عصبی در تمرین توجه). حمام سرد، افزایش تدریجی مدت زمان – 30 ثانیه، و سپس افزایش بیشتر.	لایه پشتیبانی شناختی تقویت‌کننده مغز فعال است. قرار گرفتن در معرض سرما، نوراپینفرین را افزایش می‌دهد و سطح دوپامین را به طور مداوم در پروفایل عصبی روزانه حفظ می‌کند. مدیتیشن شروع به تقویت قدرت در بهترین (PFC) قشر پیشانی دوره از انعطاف‌پذیری عصبی می‌کند.
روزهای ۹۰ به بعد	پروتکل کامل: * آنیرسِتَم در روزهایی که اضطراب بالا است. * فنیل پیرسِتَم ۲ تا ۳ بار در هفته، در روزهایی که نیازها زیاد است. * تمرینات HIIT جایگزین یا مکمل پیاده روی منظم. * ۲۰ دقیقه مدیتیشن. * برنامه تمرینی کامل.	شخصی که به روز نود در این پروتکل رسیده است، کاری را انجام داده است که یک پایگاه اطلاعاتی مبتنی بر تجربیات افراد معتاد تازه کار، ۱۲ تا ۱۸ ماه زمان لازم داشت تا آن را تولید کند. این جدول زمانی فشرده، نتیجه پشتیبانی نوتروپیک، بنیان متابولیکی و دوزهای اولیه تنظیم شده بر اساس تجربیات افراد معتاد است.	معماری کامل بازیابی، عملیاتی شده است. مداخلات رفتاری اکنون کار می کنند زیرا زیرساخت عصبی که به آنها اجازه می دهد تا کار کنند، ابتدا به طور خاص ساخته شده است. یوگایی که در هفته اول هیچ احساسی نداشت، اکنون آنچه را که یوگا باید تولید کند، ایجاد می کند - زیرا سیستم پاداش به اندازه کافی بهبود یافته است تا آن را ثبت کند.

بخش چهارم، بند اول: چه چیزهایی را باید به خود بگویید وقتی احساس می کنید هیچ چیز درست نمی شود.

مهم‌ترین ابزار روان‌شناختی برای فردی که این پروتکل را در هفته‌های اول اجرا می‌کند، پیش‌بینی صادقانه است: مدتی طول خواهد کشید تا شما احساس تغییر کنید. اما این وضعیت دائمی نخواهد بود. این دوره زمانی مشخص، قابل پیش‌بینی و محدود است و به عمق کمبود اولیه شما و شدت پروتکلی که دنبال می‌کنید، بستگی دارد.

کارت انتظارات صادقانه.

هفته ۱-۴: تمرینات ممکن است مانند کار احساس شوند و پاداش چندانی نداشته باشند. مکمل‌ها ممکن است مانند قرص‌ها به نظر برسند. پروتکل‌های خواب ممکن است مانند کارهای اجباری احساس شوند. این درست است. سیستم پاداش که این موارد را مفید تشخیص می‌دهد، سیستمی است که در حال ترمیم است. شما ترمیم را در حین وقوع آن احساس نخواهید کرد، همانطور که احساس نمی‌کنید یک استخوان چگونه ترمیم می‌شود.

هفته چهارم تا هشتم: تغییری رخ می‌دهد. این تغییر یک دگرگونی چشمگیر نیست، بلکه احساس خالی بودن کمی کمتر می‌شود. تمریناتی که قبلاً بی‌معنا به نظر می‌رسیدند، اندکی کم‌تر بی‌معنا می‌شوند. ممکن است نوپِیت اولین حس وضوح ذهنی را ایجاد کند که از زمانی که مصرف ماده متوقف شده بود، احساس کرده‌اید.

خواب شروع به این می‌کند که بیشتر شبیه استراحت واقعی باشد.

هفته هشتم تا دوازدهم: سیستم پاداش دهی شروع به فعال شدن کرده است. پیاده روی ۱۰ دقیقه‌ای که هر روز انجام می‌دهید، کم‌کم احساس می‌شود که انتخابی بوده است، نه اینکه شما خودتان را مجبور به انجام آن است. این همان نقطه‌ای است که تحقیقات D2 می‌کنید. این نشان‌دهنده افزایش تدریجی تراکم گیرنده‌های استاندارد در مورد فواید ورزش به آن اشاره می‌کنند، زمانی که می‌گویند "۸ هفته ورزش". شما به آن نقطه رسیده‌اید. ممکن است زمان بیشتری طول کشیده باشد. شما از نقطه‌ی شروع متفاوتی آغاز کرده بودید.

ماه سوم تا ششم: پروتوکول به چیزی غیر از صرف تلاش تبدیل می‌شود. پیاده‌روی روزانه، یک پیاده‌روی روزانه است. نوپیت، ابزاری قابل اعتماد برای تقویت شناختی است. مدیتیشن، آرامش واقعی را ایجاد می‌کند، نه فقط تحمل نشستن. کلاس یوگا، نتیجه‌ای به بار می‌آورد. نه نتیجه‌ای که برای فرد هوشیار در کنار شما دارد. بلکه چیزی واقعی. چیزی متعلق به خودتان.

شخصی که در هفته دوم دست کشید زیرا احساس هیچ چیزی نکرد، ضعیف نبود. به او پیش‌بینی صادقانه داده نشد. به او جدول زمانی "معتاد مبتدی" با نقطه شروع "معتاد مبتدی" داده شد. این کارت، پیش‌بینی صادقانه است. شما مجاز هستید ادامه دهید حتی اگر احساس هیچ چیزی نکنید. دقیقاً در همان لحظه باید ادامه دهید.

شما خراب نشده‌اید. شما از یک نقطه متفاوت شروع کرده‌اید. جدول زمانی متفاوت است. مقصد واقعی است.